

## ZAŁĄCZNIK NR 2

### OŚWIADCZENIE

Rodziców/opiekunów prawnych w sprawie zgody na udział dziecka w projekcie Programu Erasmus+ Akcji 2: „Partnerstwa współpracy szkół” i przetwarzanie jego danych osobowych.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

.....

*(imię i nazwisko)*

ucznia/uczennicy klasy ..... Zespołu Szkół Zawodowych im. St. Staszica w Grybowie w projekcie: „My culture in your school” („Moja kultura w twojej szkole”) realizowanego przez szkołę w ramach Programu Erasmus+, Akcji 2: Partnerstwa współpracy szkół w terminie 31.12.2020-30.08.2023.

.....

(data i podpis rodziców/prawnych opiekunów)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z założeniami programu Erasmus+ oraz regulaminem projektu i akceptuję je.

Zobowiązuję się do pokrycia wszelkich kosztów związanych z rezygnacją z wyjazdu zagranicznego mojego dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. Ustaw z 2002 nr101, poz. 926 z późn. zm.)

Przyjmuję do wiadomości, że zdjęcia, filmy i inne nagrania dotyczące uczniów biorących udział w projekcie mogą być wykorzystywane przez szkoły partnerskie i/lub ich Narodowe Agencje w materiałach promocyjnych.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie, publikowanie i/lub powielanie fragmentów wywiadów, listów, obrazów oraz nagrań dźwiękowych mojego dziecka przez szkołę macierzystą, szkoły partnerskie i ich Narodowe Agencje podczas jego udziału w projekcie.

.....

(data i podpis rodziców/prawnych opiekunów)